

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

葬祭を行う者 令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 蟹江町長

殿

受 取 口 座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 □振込口座を指定する。									
振 込 先	金融機関		(フリガナ)							
			口座名義人							
	口座種別	普通・当座・その他（    ）		口座番号						
被 保 険 者 記号・番号										
死亡した被 保険者氏名								申 請 者 との続柄		
死 亡 年 月 日	令和    年    月    日		(喪失日		年 月 日)					
葬 祭 執 行 年 月 日	令和    年    月    日		交通事故等の 第三者行為		有    ・    無					

葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状 年 月 日

国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。

氏 名 \_\_\_\_\_  
(葬祭を行う者)

代理人住所\_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

確 認	1. 住民異動届による 2. 確認者氏名 確認書類：会葬礼状・領収書
-----	---